CONSULTI ED OPERAZIONI

PER

MALATTIE CHIRURGICHE ed ORTOPEDICHE

Dott. EGIDIO SECCHI

Chirurgo Primario dell'Ospedale Maggiore (comparto dei bambini)

MILANO — Via Brera 21 dalle 14-16 — Telefono 27-94
GENOVA — Hôtel Moderne — Via XX Settembre
dalle 14-15 — il 1. e 15 d'ogni mese

Cura della tubercolosi ossea ed articolare (senza operazione)

Cura delle deformità di nascita e rachitismo nei bambini .. ..

Cura moderna incruenta della lussazione congenita del femore, a domicilio (Esperienza di oltre 300 lussazioni operate con felici risultati .. ..

Cure gratuite pei poveri dell'Ospedale Maggiore di Milano
Padiglione Beretta - Chirurgia

Consultazioni gratuite pei poveri inviati da Colleghi
dalle 12,30-14 - Via Brera 21

Dott. EGIDIO SECCHI
Chirurgo Primario dell' Ospedale Maggiore di Milano (comparto dei bambini)

UN PERICOLO NELL'INFANZIA

(Intorno alla cura della lussazione congenita del femore)

CONFERENZA ILLUSTRATA
da proiezioni fisse e cinematografiche tenuta all' Università Popolare
di Milano e Genova nel 1912

CREMONA
Stab. Tip. della « Provincia »
1913

Distinte Signore, Egregi Signori.

L'accingersi a tenere una conferenza in tempo di epidemia... di conferenze, può sembrare oggi una *ingenuità* o una *presunzione* del Conferenziere.

Una *ingenuità* nel supporre di destare la curiosità del pubblico intorno al proprio argomento enunciato, più che su qualche altro; una *presunzione* nel credere di avvalorarlo colla propria personalità.

Io non ho nè l'illusione della prima, e tanto meno la velleità della seconda. Ho solamente la convinzione di riuscire un po' utile ai bambini del nostro tempo. Perciò solo aspiro alla vostra benevola attenzione. Ben lieto mi sia concesso di parlare qui davanti ad una eletta riunione di persone colte, anche in questa grande, simpatica ed operosa città, (1) la quale ancorchè perennemente agitata dal lavoro febbrile commerciale ed industriale, come l'onda incessante ne flagella le sponde, non è meno sollecita a lenire il dolore dei poveri bambini, a porgere pane e cure al derelitto, a raccogliere l'infanzia triste e sventurata, mediante le molte provvide Istituzioni di beneficenza che adornano la città: il cui tutto insieme rispecchia l'alto livello morale dell'intiera popolazione.

*
**

Un antico aforisma latino dice: *Principiis obsta frustra sero medicina paratur*, che tradotto liberamente vuol dire: combatti

(1) — Genova 1912 - Università Popolare.

la malattia al suo principio, poichè più tardi riuscirà inutile la medicina.

Sopra questo concetto importante dei nostri antichi è imperniata, si può dire, tutta la condotta *sia del medico*, *sia dell'igienista*, nonchè dell'*ortopedico* e dell'*educatore*.

Perchè ognuno facilmente comprende come debba essere più facile correggere ed arrestare un difetto (sia fisico, sia morale) quando appena viene rilevato, che non quando abbia gettate profonde radici.

Infatti molte volte, specialmente nell'età infantile si riesce persino a prevenire le malattie, i difetti fisici, le cattive tendenze d'indole morale appena si abbia qualche segno manifesto e precursore.

Così l'*igiene*, la *pedagogia* e l'*ortopedia*, con indirizzo scientifico moderno, dallo studio della morbilità e della deficienza fisica e psichica o dalla alterazione congenita, riscontrate precocemente nel tenero essere vivente, traggono i criteri per porre in atto gradatamente quei mezzi riconosciuti razionali ed efficaci a prevenire o correggere certe pericolose ed abnormi condizioni dell'individuo, che altrimenti lo trascinerebbero più tardi alla deformità fisica permanente o alla delinquenza.

***

Noi sappiamo che molti e di diversa natura sono i pericoli che sovrastano più o meno palesemente ai nostri bambini.

Sono essi dovuti a debolezze costituzionali, a viziature congenite, a cattive abitudini, a mancata od insufficiente educazione; sono dovuti talvolta a cattivo esempio, all'ambiente sociale, alla miseria, alle malattie diffuse, alle disgrazie accidentali, alle infezioni contagiose, ecc.

Cosicchè si può dire che ad ogni momento il bambino è minacciato da qualche malanno non sempre scevro anche di conseguenze gravi.

Da ciò si comprende quanto sia importante che i genitori, specialmente le mamme, le balie, le istitutrici, abbiano un certo corredo di istruzione intorno a queste eventualità che possono

accadere, per poter in tempo utile, ricorrere alle risorse della scienza.

***

Nemico conosciuto, nemico vinto, si dice abitualmente; purchè però un'occhio vigile ed una mano *pietosa ed accorta* s'incarichi della sorveglianza necessaria, ne rilevi il principio morboso o difettoso e ne avvisi il pericolo. E purchè l'arte o la scienza siano chiamate *in tempo* a portare i loro benefici aiuti

Per verità, a nostro conforto, possiamo già oggi constatare che l'istruzione popolare per mezzo delle molte istituzioni cittadine che si occupano d'igiene, di soccorsi, di consultazioni e di cultura popolare (di cui questa sede ne è uno splendido esemplare) trovasi discretamente progredita.

Noi vediamo come la maggior parte delle mamme conosce le principali norme dell'allevamento del bambino. Molte sanno rilevare alcuni dei principali difetti, ed anomalie che si riscontrano alla nascita, sia riguardo alla generale conformazione del bambino, allo stato delle sue membra, del tronco, della testa, ecc. Riconoscono i piccoli tumori sanguigni, detti *nèi materni* pericolosi per il loro rapido sviluppo; conoscono le deformità delle labbra, della gola, della spina dorsale (dette labbro leporino, gola lupina, spina bifida); conoscono le malattie d'occhi contagiose. Sanno che cosa sia l'ernia ombellicale, inguinale, e le principali e più comuni malattie della pelle, ecc.

Dimodochè non resta loro che ricorrere al medico, od al chirurgo, od allo specialista, per avere quel consiglio, ed ottenere al più presto adeguato soccorso che varrà a prevenire o togliere il male, prima che si faccia più serio o irreparabile.

***

Ma pur troppo non sempre avviene così!

Vi sono dei mali che non si conoscono, e non si vedono; e persino non si credono, e perciò non si temono.

Intanto passa il tempo utile alla cura; ed il male, che da sè non s'arresta, può divenire assolutamente inguaribile.

La cosa sembrerà strana a tutta prima. Ma invece è un fatto tutt'altro che raro. E fra queste disgrazie che possono colpire subdolamente l'infanzia, havvene *una* che ha origine fin dalla nascita, anzi prima della nascita; ed è rappresentata da una deformità affatto irriconoscibile nei primi mesi, od anche nel primo anno di vita del bambino; e che se non viene conosciuta e curata a suo tempo, rimane certamente per tutta la vita, con una manifesta alterazione del fianco, associata ad una sgradita forma di camminare che è un *vero zoppicamento*.

Questa deformità che passa facilmente e frequentemente inosservata nel suo inizio, tanto ai genitori e spesse volte anche al medico; che talvolta non è creduta, che perciò più spesso non è curata, è la così detta *Lussazione congenita del femore*.

Ed è intorno a questa deformità che intendo richiamare l'attenzione del pubblico in genere, e dei genitori in modo speciale, *pel pericolo latente che sovrasta ai loro bambini*.

*
**

Argomento evidentemente d'intonazione tutta medica; anzi argomento speciale persino fra i tanti delle mediche discipline.

Non vorrei perciò solo indisporre l'attenzione del colto uditorio, non tutto, nè sempre entusiasta di questa materia. E tanto meno vorrei che le distinte signore e signorine temessero, con certa apprensione, di essere trasportate questa sera in un anfiteatro anatomico o chirurgico.

Per questo mio dubbio o almeno per questa mia logica supposizione, ho l'obbligo di tranquillizzare il gentile concorso dei presenti col dichiarare che pur dovendo parlare di anatomia e di operazione (fortunatamente tutta incruenta) sono certo di non destare impressioni sgradite per nessuno. Anzi nutro speranza che quanto sto per riferire e più per mostrare non riuscirà discaro ai genitori in genere ed alle mamme in modo speciale per una buona notizia che posso loro comunicare.

Dirò di più; dichiaro cioè che l'argomento interessa specialmente il sesso gentile; ed è ad esso tutto dedicato pel bene suo presente ed avvenire.

Mi lusingo perciò di averlo sinceramente alleato nell'intento che mi sono prefisso in questa mia conferenza scientifica e di propaganda.

***

Sì, gentili signore, è per la donna; o meglio per la donna del domani, per le bambine dei giorni nostri che mi accingo a parlare su questo argomento, quantunque sembra apparentemente così strano al vostro orecchio, da far ricordare forse a qualcuna di voi quel famoso capitolo del Manzoni là dove dice *Carneade? Chi era costui?*

Lussazione congenita del femore!

Capitolo speciale questo certamente, quasi sconosciuto al pubblico profano. Ma appunto per questo merita, secondo me, di essere divulgato specialmente nel sesso femminile, come quello che vi è maggiormente interessato.

Dal vostro appoggio morale, sotto i vostri auspici dunque — egregie signore — mi permetto di sperare il benefico effetto di questa riunione; facendo io assegnamento su quella grande, meravigliosa potenza, che è il cuore di una madre, pel bene della proprio figliuola.

***

Abituato a riferire con linguaggio tutto medico intorno a questioni scientifiche, in ambienti esclusivamente medici, non posso nascondermi la difficoltà di esprimermi in termini meno ostici per tener desta l'attenzione di un pubblico forse totalmente profano al linguaggio anatomico.

M'incoraggia tuttavia il pensiero che lo scopo che qui mi guida è altamente umanitario e sociale; perchè ridonda tutto a vantaggio dell'infanzia d'ogni classe, ignara della sua disgrazia ed incapace a provvedervi.

Mi conforta la convinzione che il far conoscere al pubblico una deformità che pel passato si è sempre creduta inguaribile, ed il divulgare il suo metodo di cura (che è una gloria nazionale) aspira già per sè alla riconoscenza di tante mamme, preoccupate e sollecite custodi dell'estetica delle proprie bambine.

Mi assicura inoltre la speranza che questa propaganda che io faccio sull'argomento possa portare per immediata conseguenza la guarigione di un maggior numero di colpite, che diversamente potrebbero restare per sempre deformi.

Dirò in fine, ancora a mio conforto, che un argomento di Ortopedia in genere quale è questo, non ha bisogno di speciale arte oratoria per riuscire a convincere. Perchè l'ortopedia come scienza positiva, che studia le cause e la cura delle deformità del nostro corpo, ha bisogno solo di fatti e di prove; e non ha per controllo che la *fotografia e la cinematografia*. Colla prima si dimostra la *forma*, colla seconda la *funzione*.

Munito di queste due *armi di precisione*, che la scienza moderna ci appresta, e dietro l'appoggio di un discreto fardello d'esperienza, mi sono sentito il coraggio (non essendo ancora del tutto fiaccata in me la lena e l'amore del lavoro) di vestire quasi l'abito dell'apostolo, col venire anche qui a mostrare *con fatti e prove* uno degli ultimi progressi dell'*arte ortopedica*.

Argomento che qui mi propongo di riassumere nel modo più breve e più chiaro mi sarà possibile per non abusare della vostra cortese attenzione.

*
**

Quando voi passando per via vi imbattete in un povero deforme, scarno, gobbo, rachitico, o sconciamente zoppo e che porta, come si dice in viso l'impronta delle sofferenze subite, si desta in voi un sentimento di pietà. Pensate alla malattia che l'avrà colpito; e che forse non era possibile evitare. La considerate una disgrazia a cui ha dovuto rassegnarsi; dappoichè le malattie sono frequenti, e lasciano talvolta traccie deplorevoli.

Ma quando voi vedete zoppicare una bella bambina dai 2, 4, 6 anni od una ragazza dai 15, 20 anni, con una esteriorità prosperosa ed evidentemente sana, voi non potete trattenere la vostra meraviglia. Sembra quasi che il vostro dispiacere sia maggiore. Non vi sembra possibile che una bella ragazza sana e robusta sia colpita da questo difetto che le toglie tutto il *cachet* artistico della donna, a cui avrebbe diritto.

Dirò persino che quello stesso zoppicare, *in un maschio*, sembra faccia meno sgradita impressione che in una bambina od avvenente signorina. E questo perchè? Perchè una simile deformità urta quel tanto di senso artistico innato a tutti. Perchè sentiamo che la donna bella e sana non dovrebbe mai essere deforme; tanto più, dico io, quando potrebbe evitarlo, se si ricorresse a tempo opportuno alle risorse della scienza medica moderna.

E quantunque i tempi nostri con lodevole e generoso slancio si sforzano di far fruttare tutta la potenzialità psichica della donna a vantaggio dell'economia sociale, tuttavia non dimenticheremo che la donna eserciterà ancora prevalentemente il suo fascino nella società coll'estetica delle sue forme.

La donna insomma sembra ancora figurare meglio nell'esercito di Venere che in quello di Minerva o di Marte. Alla donna è stata concessa, più che all'uomo (e per l'uomo) la bellezza fisica: essa ha l'obbligo dunque di custodirla e coltivarla fin dove le è possibile.

Se noi portiamo poi la nostra osservazione nelle classi meno agiate, anzi in quelle dell'operaio che ha bisogno del lavoro giornaliero per vivere, immaginate come si debba deplorare maggiormente questa deformità che impedisce ai colpiti di camminare a lungo, e di sostenere lavori faticosi; e che alle femmine rende molto difficile il loro collocamento.

⁂

Orbene, quando voi vedete una bambina d'aspetto sano e robusto e senza alcuna sofferenza zoppicare allegramente ora da un lato, ora da entrambi, inconscia dell'importanza del suo difetto, potete essere sicuri che essa è affetta da lussazione congenita del femore — . Ed il suo zoppicare non è triste risultato di una malattia delle ossa o delle articolazioni, o di rachitismo, ma semplicemente l'effetto di una *anomala disposizione dell'articolazione dell'anca di origine congenita*.

Deformità che colpisce a preferenza il sesso femminile, ancorchè le bambine si trovino ben sviluppate e sane in tutto il resto del corpo.

Zoppicamento che si appalesa esteriormente a noi solamente *all'inizio dei loro primi passi;* che si aggrava continuamente col

crescere dell'età, alterando a poco a poco marcatamente la naturale forma dell'anca, rendendole più tardi persino sofferenti al cammino prolungato ed incapaci al lavoro nell'età adulta.

Zoppicamento che rimane, come ho detto, per tutta la vita se non interviene l'arte ortopedica in tempo opportuno.

Fortunatamente però quest'arte, ai giorni nostri, è riuscita a trovare per questa deformità una *cura manuale, incruenta, scevra da qualsiasi pericolo, una cura radicale, indolente, con esito sicuro e permanente* nel maggior numero dei casi: alla condizione però che *questa cura venga praticata molto precocemente* cioè nella prima infanzia.

Questa è dunque la *buona notizia* che vi comunico e che sarà accolta con intima gioia specialmente da tutte quelle mamme, che siano tormentate dal dubbio che la propria bambina possa essere affetta da questa deformità.

***

Ciò premesso potete ben facilmente immaginare quanto sia importante ed urgente mettere sull'avviso i genitori della frequenza di questa deformità specialmente nelle bambine, e della sua triste conseguenza tardiva

Come sia importante ed urgente far sapere che questa deformità può essere guarita senza alcun pericolo per le povere disgraziate; e come sia importante ed urgente in fine *far conoscere al pubblico gli esiti felicissimi che si ottengono dalla cura moderna.*

***

Ho detto far conoscere o far sapere; ma avrei dovuto dire *far vedere*. Perchè la persuasione più profonda e completa ci viene dai propri occhi.

Ed io che da varii anni mi occupo in modo speciale di questa cura, (che io pratico *anche a domicilio dei pazienti*, tanto di città che di campagna) ho pensato che miglior modo non vi fosse di quello di *far vedere* per sperare di far persuasi; e far persuasi

specialmente i profani, gli increduli e tutti quelli che eventualmente fossero mal informati, o mal prevenuti in questo argomento.

Per mezzo delle proiezioni dunque voi potrete *vedere* chiaramente in che consista la deformità; come essa si presenti nei suoi stadi e nei suoi gradi; come essa si modifichi per effetto della cura.

Potrete *vedere* in che consista e come si svolga la cura; e quali risultati io abbia ottenuti; presentandovi qui sopra questo schermo alcuni esempi di lussazione congenita del femore *prima* della cura *e dopo* la cura; e facendo sfilare qui davanti una trentina di bambine guarite, fra quelle che mi è stato possibile radunare dalla mia clientela di Milano e provincia — in diversi anni operate, che sommano oggi oltre le 350.

***

Entrando in argomento premetto che non discenderò a molti dettagli, nè di storia, nè di tecnica della cura di questa deformità. Anzitutto perchè sarebbe troppo vasto l'argomento, e poco adatto all'ambiente; e perchè arrischierei di annoiare in luogo di tener viva l'attenzione del cortese uditorio.

Accennerò solo a quanto io credo strettamente necessario perchè ciascuno, e specialmente le signore, le mamme, le istitutrici in genere, possano farsi un'idea chiara e pratica tanto della deformità, come della sua cura; e si convincano della sua alta importanza.

***

Che cos'è questa *lussazione congenita del femore?*

Essa consiste nello spostamento dell'estremità superiore del femore (cioè del capo del femore) fuori della sua cavità articolare, a cui dovrebbe essere fortemente congiunta.

Come spostamento (o lussazione) non differisce in sostanza dalle comuni lussazioni (o slogature) sieno per causa traumatica o patologica (da coxite, da paralisi, ecc.).

La differenza consiste nell'essere congenita, e cioè essa si riscontra già avvenuta, senza causa apparente, all'epoca del parto; quindi il bambino nasce con questa abnorme disposizione del femore.

Ma mentre nelle altre lussazioni (cioè le acquisite) si ha la certezza che la testa del femore ha abbandonata la cavità articolare a cui era dapprima congiunta, nella lussazione congenita può darsi che la testa del femore non abbia mai abitata la sua cavità (cotiloidea); essendosi sviluppata fuori della cavità cotiloidea. Perciò a tutto rigore, si dovrebbe parlare di *ectopia congenita*

Fig. 1. — Articolazione dell'anca normale.

della testa del femore. Non si tratta quindi di un divorzio delle due parti, ma di un connubio non avvenuto.

Come vedono da queste proiezioni, nello stato normale la *testa* del femore, foggiata a sfera come una palla da bigliardo, è contenuta in una cavità detta *cotile* (fig. 1).

E vi sta saldamente congiunta mediante una capsula robusta che la incappuccia tutta intiera inserendosi da una estremità al contorno del *collo del femore* e dall'altra all'orlo di detta cavità, che si trova scavata nelle ossa del bacino (fig. 2).

La cavità stessa (cotile) non appartiene ad un solo osso del bacino; ma è il risultato dell'unione di tre ossa che si sono riunite durante lo sviluppo del feto (ileo-ischio e pube). Se una di queste ossa in questo punto di congiunzione rimane deficiente nel suo sviluppo, ne deriva la incompleta forma della cavità del cotile: quindi questa non è più foggiata in modo congruo per contenere

Fig. 2. — Legamenti dell'articolazione dell'anca normale.

la testa del femore. Questo fatto ci viene dimostrato dalle radiografie prese dai soggetti affetti da lussazione congenita.

Come vedono dalle proiezioni (fig. 6), in ogni bacino colla lussazione del femore si riscontra sempre una notevole deformità del contorno della cavità cotiloidea a spese dell'*osso ileo;* così che esso non ci appare più, visto di profilo, come un semicerchio;

ma bensì come una infossatura irregolare e mancante specialmente nella sua parte superiore, precisamente dove dovrebbe appoggiare la testa del femore.

Ed ecco perchè questa alterazione dell'*osso ileo*, ossia questo arresto del suo sviluppo, si potrebbe considerare come la vera prima causa della lussazione della testa del femore.

In una parola ciò che veramente sarebbe congenito, secondo questa considerazione, non sarebbe la lussazione della testa del femore ma l'*arresto di sviluppo dell'osso ileo* nella parte con cui concorre alla formazione della cavità cotiloidea. La lussazione del femore non ne sarebbe che la necessaria conseguenza, sia nella vita endouterina, che dopo la nascita.

Non si può escludere però, seguendo altre ipotesi nella spiegazione patogenetica della deformità, che anche l'arresto di sviluppo dell'osso ileo., come pure l'atrofia della testa del femore (che qualche volta anche si riscontra) possa essere una naturale conseguenza del mancato connubio delle due parti (ileo e femore). Perchè noi sappiamo che in genere le parti del nostro corpo si sviluppano in ragione della funzione a cui sono chiamate ad estrinsecare. Tanto è vero che modernamente si è potuto dimostrare che è la *funzione che crea l'organo*.

Se originariamente dunque il feto si sviluppa, per cagioni di varia indole (accidentali o patologiche), in modo anormale e cioè colla testa del femore fuori di quella regione che doveva essere la futura cavità del cotile, non è assurdo il pensare che anche questa cavità in formazione non abbia potuto completarsi pel fatto congenito di non racchiudere in sè la testa del femore.

Mancato lo stimolo, mancato l'effetto formativo. In questo caso si tratterebbe di vero *arresto di sviluppo dell'articolazione coxo-femorale per ectopia del capo del femore*.

***

Per effetto di questo spostamento della testa del femore, anche la capsula articolare è trascinata a seguire la testa e (come mostra benissimo il Calot nel suo splendido trattato della

lussazione congenita dell'anca) a modellarsi sopra di essa. La capsula quindi noi la troviamo allungata di quanto è la distanza dalla testa del femore al contorno della cavità cotiloide. (fig. 3, 4 e 5).

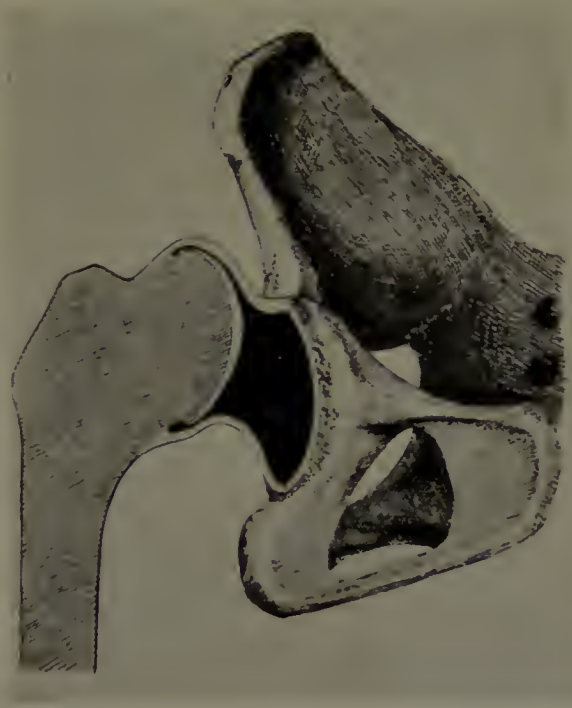

Fig. 3. — Inizio della lussazione del femore. La capsula viene allungata.

Perciò, come vedono dalla proiezione, si forma una specie di canale ristretto, che mette capo da un lato alla testa del femore e dall'altra al bordo del cotile (fig. 4). Se questo canale rimane discretamente pervio, allora non resta impedita la via del ritorno della testa del femore nella sua cavità a cui è destinata.

Ma se detto canale si restringe assumendo la forma di clepsidra, oppure si converte quasi in un cordone, peggio poi se la pagina anteriore della capsula prende aderenza al fondo della cavità, o vi si stende come la pelle di un tamburo sulla sua cassa, si capisce come possa essere ostacolato o affatto impedito il ritorno della testa del femore nella sua cavità. E difatti questo fatto ana-

Fig. 4. — Lussazione completa.
La capsula è stirata e ristretta nella sua parte media.

Fig 5. — Lussazione bilaterale completa.
La capsula articolare è stesa sopra la cavità cotiloidee.

tomico costituisce l'unico ostacolo insuperabile per ottenere la *riduzione della lussazione*.

La scoperta della radiografia è stata molto utile in questo argomento (fig. 6 e 7); in quanto che ha permesso di dare la prova dei varii rapporti fra la testa del femore e la cavità cotiloidea. Come vedono da queste proiezioni si può esattamente rilevare il *grado* dello spostamento del femore e quindi indurre la maggiore o minore difficoltà che si può incontrare nel far discendere la testa

Fig. 6. — Radiografia di una lussazione unilaterale.

fino a raggiungere la cavità. Si può vedere se la lussazione è *unilaterale o bilaterale* e quale ne sia in maggior grado.

Disgraziatamente però la radiografia non ci può fornire il dato della condizione della capsula e cioè se il suo canale si trovi tuttora aperto, o se ristretto, e in che grado

***

Come si presentano abitualmente le bambine affette da lussazione?

Se la lussazione è unilaterale si rileva subito che l'arto colpito è più corto di quello sano. Il fianco è più sporgente all'insù: tutto l'arto stesso è meno sviluppato di quello sano (fig. 8).

Fig. 7. — Radiografia di una lussazione bilaterale.

E quantunque l'articolazione sia libera nei suoi movimenti, tuttavia vi è un movimento che non può essere eseguito al completo: e cioè a coscia flessa sul bacino non si può ottenere la completa abduzione.

I bambini non accusano dolore nè spontaneo, nè provocato, ma solamente alcuni dolori periarticolari che dipendono da stanchezza muscolare. Alcune volte sentono un certo rumore di scroscio, come di osso che sfrega altro osso.

Alla regione crurale si nota sempre una lieve infossatura, in luogo di sentire un piano resistente, dato dalla presenza della testa del femore nella sua posizione normale. Quando la deformità è bilaterale questi segni che ho accennati si rilevano d'ambo le parti, ma la sporgenza delle due anche è molto più accentuata

formando una notevole insellatura lombare, come qui vedono da questa proiezione (fig. 9).

Ma il segno più caratteristico, e tale che anche i profani possono rilevare facilmente, si è il fatto *dello zoppicamento*. Se

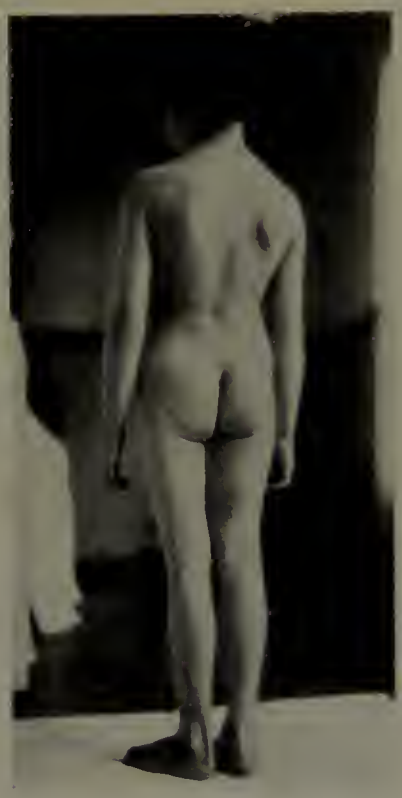

Fig. 8. — Bambina affetta da lussazione sinistra.

la deformità è unilaterale la deambulazione presenta una oscillazione in cadenza dal lato colpito. E questa oscillazione non dipende solamente dal fatto che uno degli arti si trova più corto, ma perchè quest'arto non ha un punto d'appoggio osseo sul bacino allo stato normale. Quindi il bambino sente mancargli la forza di reggersi.

Quando la lussazione è bilaterale l'oscillazione del camminare assume la forma di un pendolo; o, come si dice anche, di *anitra*.

Le proiezioni cinematografiche che qui vedono, dànno un'idea

chiara della deformità, tanto nei soggetti giovani come negli adulti.

Non tutti gli zoppicamenti di questo genere però sono dati dalla lussazione congenita del femore. Vi sono degli zoppicamenti che traggono la loro causa ed origine *da una deformità del collo*

Fig. 9. — Bambina affetta da lussazione bilaterale del femore.

del femore, detta *coxa vara*. Questo difetto consiste in una diversa inclinazione del collo del femore, la quale porta per conseguenza l'accorciamento dell'arto colpito d'onde un disquilibrio della statica e del movimento (fig. 10 e 11).

La coxa vara può essere *unilaterale* o *bilaterale*, e può ripetere varie cause (rachitismo, traumatismo, osteomalacia). Ed a seconda di queste cause vi si possono accompagnare disturbi diversi, che qui tralascio perchè non entrano nell'argomento.

Altro zoppicamento che può mentire quello dato dalla lussazione congenita, è quello che verifica in seguito allo spostamento del capo del femore per il fatto della sua distruzione per processo patologico (fig. 12). Infatti questo è l'esito frequente della coxite, sia tubercolare, sia semplicemente suppurativa acuta (epifisite, artrosinovite) nella quale si verifica ora la distruzione, ora l'atrofia del capo del femore. Perciò la porzione del collo del femore,

Fig. 10. — Coxa vara unilaterale.

rimasta come un rudere, sfugge dietro la cavità del cotile per effetto naturale delle contrazioni muscolari e del peso del corpo. Quindi si verifica una condizione che tanto anatomicamente che funzionalmente simula una lussazione congenita, come possono vedere dalla bambina che ora viene proiettata (fig. 12).

Se le *coxa vara* sono suscettibili di miglioramento, ed anche di cura perfetta, le lussazioni patologiche, cui ora ho accennato, sono affatto ingnaribili. In quanto che non è ancora stato possibile foggiare artificialmente sulle ossa del bacino un punto di appoggio all'estremità del femore quando questo trovasi ridotto ad un breve moncone.

In tutti questi casi, quantunque si possa riconoscere anche clinicamente, cioè dai segni che presentano i soggetti colpiti e dalla storia della loro vita, di quale zoppicamento si tratti, tuttavia

Fig. 11. — Coxa vara bilaterale.

Fig. 12. — Lussazione patologica.

la radiografia darà sollecitamente e con dettaglio di precisione lo stato reale della condizione anatomica.

Quindi è sempre utile praticare la radiografia sia per la diagnosi, sia per conoscere il grado della deformità.

Alcuni domanderanno: non si può sapere subito, mediante la radiografia, alla nascita di un bambino, la sua condizione a questo riguardo? E cioè se esiste la lussazione congenita del femore od altra deformità?

Fig. 13. — Stato cartilagineo delle teste femorali.

Disgraziatamente ciò non è possibile: ma bisogna aspettare almeno verso i sei mesi (fig. 13).

Difatti qui possono vedere la radiografia di una bambina a cinque mesi, in cui le due teste del femore sono rappresentate da una tenuissima ombreggiatura, quasi impercettibile: e che non permette di dare la prova che le teste del femore siano nella loro cavità, perchè, per il loro stato cartilageo, vengono trapassate dai raggi X e non lasciano traccia di ombra.

***

Ma io prevedo in voi una legittima curiosità, e cioè *perchè si nasce colla lussazione congenita del femore?*

Pur troppo non è facile la risposta: anzi sarei per dire che noi fino ad oggi non siamo in grado di darne una esauriente spiegazione.

Le cause possono essere molte e di vario genere. Ed ogni causa, stata presunta, si lega alla sua corrispondente teoria. Chi ha pensato ad una causa meccanica (teoria meccanica) cioè una pressione subita dal feto durante la gestazione — una contusione, una caduta, ecc. — chi ha pensato ad una forma nervosa, una specie di paralisi localizzata; chi ha pensato ad aderenze o stiracenti amiotici, a scarsezza delle acque, alla speciale posizione del feto, ecc.

Ma non è qui il luogo di discutere queste varie teorie. Dirò solo in genere che le cause intime misteriose che si collegano collo sviluppo dell'embrione non sono sempre rilevabili dalle nostre ricerche e forse non lo saranno mai. Noi constatiamo come un bambino può nascere con varie deformità sia per arresto di sviluppo come il labbro leporino, la gola lupina, la spina bifida, la estrofia di vescica, l'assenza del perone, assenza di femori o di tibie, ecc.; oppure con dita soprannumerarie, o adese fra loro, coi piedi torti, con deformità della colonna vertebrale e tante altre deformità o mostruosità, di cui non sapremo forse mai la vera causa prima.

E qualunque noi possiamo credere la più probabile fra le cause supposte, resta sempre in fine molto più difficile a spiegare perchè la deformità della lussazione congenita del femore colpisca con grande preferenza il sesso femminile. Perciò per ora almeno dobbiamo contentarci di ipotesi e concludere col sommo poeta:

« State contente umane genti *al quia*
Che se potuto aveste saper tutto
Uopo non era partorir Maria ».

***

Sappiamo piuttosto che la deformità è molto frequente: più frequente di quanto si possa credere a tutta prima.

Vi sono poi dei paesi in cui si riscontra più diffusa, mentre in altri più rara.

Se questo fatto verrà sempre confermato bisognerà ammettere che esista una specie di ereditarietà quale effetto naturale dei matrimoni contratti in quei singoli paesi.

Ho detto *se verrà confermato*, perchè ho potuto alcune volte rilevare che in talune regioni sembrava non vi fossero lussazioni, ma ciò dipendeva perchè non si riconoscevano, e quindi passavano inosservate o tenute occulte credendo che non ci fosse alcun rimedio.

Una mamma, dalla mia clientela, rimasta tanto riconoscente per la guarigione della bambina, mi diceva ella stessa che da allora vedeva molto spesso bambine affette da lussazione, mentre prima non ne aveva mai osservate.

Ad ogni modo se esiste una ereditarietà questa non è mai diretta dai genitori ai figli, ma piuttosto fra i congiunti più o meno collaterali. Infatti investigando nelle famiglie dei parenti di una bambina affetta da lussazione si riscontra spesso qualche caso di altra deformità, negli zii o nei nonni, paterni o materni.

Questo tenderebbe a dimostrare che forse si eredita una certa predisposizione *alle deformità in genere*, ma non a quella speciale deformità.

E quindi anche la lussazione congenita del femore, come qualunque altra deformità, può essere l'espressione di questa tendenza ereditaria, la quale dietro l'influsso ed il concorso di cause speciali, non ancora a noi note, determina piuttosto l'una che l'altra deformità; come del resto vediamo avvenire della fisionomia e del carattere personale.

Più strana ancora, come ho detto, è la frequenza delle lussazioni nelle femmine più che nei maschi ed in modo molto spiccato.

Anche dalla mia statistica risulterebbe che sopra 276 soggetti da me operati 237 sarebbero femmine e solo 39 maschi.

E' difficile dare di questo fatto, assolutamente vero, una spiegazione. La lieve differenza anatomica che esiste fra il bacino della donna e quello dell'uomo non mi pare sufficiente. Si potrebbe forse solamente indurre per ipotesi che se le deformità che colpiscono l'embrione sono più frequenti nei germi più deboli, il sesso femminile, anche in questo argomento, per la legge generale biologica, ne sarebbe il più colpito.

Noto infine che come deformità la lussazione congenita del

femore è esclusiva della razza umana, perchè non venne mai riscontrata negli animali.

Ma veniamo al più importante dell'argomento cioè *alla cura della deformità*.

Questa cura si prefigge di ricondurre la testa del femore nella sua cavità naturale, o in una regione molto prossima alla normale. In modo però che essa vi rimanga a *permanenza*, che sia *mobile* ed *indolente*. Se non si riesce a soddisfare a queste tre condizioni, non si può dire di avere raggiunto lo scopo completo.

Per lo passato, anche quando la scienza si era occupata dell'argomento, il problema della cura è sempre apparso quasi insolubile. E ciò per le alterazioni che si supponevano esistere sia da parte della cavità cotiloidea, sia da parte della testa del femore, sia dell'apparato muscolo-legamentoso, il quale più di tutto si opponeva alla discesa della testa del femore per raggiungere la cavità articolare.

I primi tentativi di cura furono a base di *trazioni* sull'arto lussato sperando che la testa del femore abbassandosi potesse accostarsi ed anche rientrare nella sua cavità.

Con questo metodo, direi quasi ingenuo, si sono vantate guarigioni; ma non furono sempre controllate o seguite più tardi; oppure furono eccezioni come anch'io ho potuto osservare qualche caso.

Oggi si sa che con questo mezzo anche se si riesce a portare la testa del femore a livello del cotile non si riesce a trattenerla; e quindi è vana la cura.

Altrettanto infruttuosi riuscirono i tentativi di fissare l'articolazione mediante fasciature immobilizzanti, o con apparecchi meccanici tendenti ad ottenere un'anchilosi dell'anca.

Per tutti questi risultati negativi di cura incruenta, e per effetto invece del progresso della chirurgia cruenta in questo ultimo mezzo secolo, per opera della quale si ottenevano, si può dire, dei miracoli in altri argomenti, si pensò, specialmente in Germania, anche alla *cura cruenta* della lussazione congenita del femore. In breve si apriva l'articolazione, si distaccavano le in-

serzioni muscolari e legamentose e con trazioni opportune si riusciva a portare la testa del femore in cavità, non esitando anche di approfondire la cavità stessa con scalpello e raschiatoio quando ciò fosse apparso necessario (processi Hoff e Lorentz).

La semplice *decapitazione* del femore che venne consigliata ed esperimentata dal nostro Margary di Torino, sembrò essere vantaggiosa, in quanto modificava la deformità nel suo profilo esterno: ma questo processo non ha potuto mantenere la promessa di ottenere l'incuneamento del collo del femore nella cavità cotiloidea sperando potesse surrogare la testa del femore.

In generale gli esiti per questa via cruenta non furono sempre felici, e qualche volta disastrosi. Così chè i più coscienziosi operatori si convinsero che per una deformità, che in fine non era tormentosa, nè micidiale alla vita, non valeva la pena di far correre pericolo dell'esistenza al paziente; e fu giocoforza rinunciare.

Contemporaneamente a questa *fase cruenta* della cura della lussazione, in Italia si ritornava allo studio della cura col *metodo incruento*. Metodo incruento destinato ormai, come vedremo, a rimanere per sempre il più opportuno ed il più efficace.

Ho promesso che non sarei entrato in dettagli, ma l'amor proprio d'italiano mi forza ad una eccezione in questo punto. Non posso a meno cioè di accennare all'origine tutta italiana della cura incruenta di questa deformità. E lo dichiaro con pensata insistenza dappoichè è invalso l'uso di chiamare questo metodo di cura col nome di *processo Lorenz;* e questo non si può dire senza offendere i diritti della storia e dell'orgoglio nazionale.

Dagli studi del prof. Fabbri e del prof. Paci sulle lussazioni traumatiche e sperimentali, di circa trent'anni or sono, nacque il primo concetto che anche la lussazione congenita del femore potesse essere paragonata, sotto un certo aspetto, ad una comune lussazione traumatica del femore. E quindi la possibilità di ottenere per via manuale una specie di riduzione (se non una vera riduzione), come si ottiene nella lussazione traumatica.

Felice paragone, seguito da più felice esperimento e risultato. Così dobbiamo al Paci di Pisa i primi tentativi di riduzione della lussazione congenita del femore con manovre incruenti ottenendo discreti risultati che andarono poi sempre più concretandosi in ragione dell'esperienza e delle modificazioni apportate alle manovre di riduzione ed alla cura consecutiva.

Mentre ciò avveniva in Italia, il Lorenz di Vienna vantava il suo processo cruento, e presentava al Congresso internazionale di Roma (1894) alcuni casi di esito felice.

Ma precisamente nello stesso congresso il Paci presentava i primi casi ben riusciti col suo *metodo incruento*.

Il prof. Lorenz dopo avere avute dal Paci a Pisa le particolari modalità della tecnica incruenta apprezzando e sollecitamente afferrando l'idea del Paci, ne modificava da Vienna la tecnica con manovre da lui dette *sue* e *nuove*, ma che non erano che la riunione delle manovre del Fabbri e del Paci; dividendo poi la cura consecutiva in tre tempi, per tre successive diverse posizioni date all'arto operato. Tempi e posizioni che infatti furono riconosciuti necessari per ottenere la cura stabile nella deformità.

Ricordo però subito che prima ancora del Lorenz il dottor Nota di Torino, pur seguendo la manovra di riduzione del Paci, proponeva ed eseguiva una modificazione all'ultima fase delle manovre originali del Paci: proponeva cioè di procedere per tappe nella posizione da darsi all'arto dopo l'operazione, dividendo la operazione Paci *in due tempi distinti e lontani fra di loro; immobilizzando nel primo tempo l'arto in posizione forzata di flessione ed abduzione con rotazione esterna.*

Altre modificazioni furono in prosegno di tempo apportate dal prof. Panzeri tanto alle manovre di riduzione, come alla cura consecutiva. Di modo che tutto il procedimento curativo andò sempre più perfezionandosi in ragione dell'esperienza; ma senza mai perdere nemmeno *di un brandello la veste italiana*.

Questo fatto indiscutibile, io credo, noi abbiamo il dovere di registrare e far riconoscere dall'ambiente scientifico, oggi forse un po' troppo prono al lavoro d'oltr'alpe.

L'operazione Paci è una gemma preziosa del serto scientifico italiano, degna di essere assorellata all'operazione del Porro ed a quella del Bassini.

Deploro che gli stranieri non riconoscono tanto facilmente e sempre i lavori italiani, ma deploro ancor più che gli italiani abbiano troppo presto dimenticato il lavoro dei propri connazionali tanto benemeriti dell'ortopedia.

Perciò in onore ed in memoria dei compianti italiani Fabbri, Paci e Panzeri, per rendere giustizia alla genialità italiana e per

non essere nè immemore, nè ingrato, io insisto di chiamare d'ora in poi questa novella conquista della scienza, come io l'ho sempre chiamta: *metodo incruento italiano*.

*
**

Come si opera dunque con questo metodo incruento italiano?

Meglio di qualsiasi descrizione servirà la dimostrazione cinematografica che qui vedrete proiettata.

Però a titolo di preparare il pubblico profano a comprendere meglio la scena dell'operazione dirò che il bambino da operare viene adagiato sopra un tavolo comune ed addormentato. E ciò non perchè l'operazione sia dolorosa, ma per ottenere una assoluta tranquillità, ed il rilasciamento delle masse muscolari della coscia.

Ottenuto questo, l'operatore fra presa sull'arto, vi esercita una energica trazione per distendere la capsula articolare e per far discendere la testa del femore il più possibile fino a raggiungere il livello della cavità cotiloidea. Indi porta l'arto in flessione (la gamba sulla coscia, e la coscia sul bacino), e con una discreta pressione tenta di spingere la testa del femore in basso distogliendola dalla sua posizione abnorme per dirigerla verso il bordo inferiore della cavità del cotile (fig. 14). Indi, con lieve movimento prima di adduzione dell'arto così flesso (portando cioè il ginocchio verso il lato opposto) e poi con movimento di rotazione esterna ed abduzione combinate insieme si riesce a far svolgere la testa del femore dal bordo esterno del cotile, di farle superare questo bordo, più o meno sviluppato, e farla entrare in cavità; ciò che si sente essere avvenuto per un certo rumore di scatto che fa la testa del femore entrando (fig. 15 e 16). Questa manovra viene contemporaneamente e molto efficacemente facilitata dalla pressione esercitata dall'altra mano sopra il gran trocantere.

Raggiunta così la riduzione della lussazione si tratta di mantenerla in questa prima posizione (semiflessione, semirotazione esterna, semiabduzione), mediante una fasciatura gessata (fig. 17) ben calzante senza essere troppo stretta. In questa prima posizione il paziente deve stare almeno due mesi e mezzo, e meglio tre (fig. 18 - 19 e 20).

Fig. 14. — Operazione — I° atto - (movimento di flessione)

Fig. 15. — Operazione — II° atto - (movimento di rotazione esterna).

Fig. 16. — Operazione — III° atto - (movimento di abduzione).

Fig. 17. — Operazione. — Applicazione dell'apparecchio gessato. (per la fissazione)

Durante questo tempo il bambino può stare in letto, oppure sopra una poltrona, oppure in carrozzella. Può essere trasportato in campagna, ecc. In generale i bambini si adattano facilmente perchè non avvertono dolori, possono giuocare, sedere a tavola, stare in giardino, ecc. *ma non camminare* —; e ciò per non correre il rischio di provocare *la rilussazione;* e per evitare il pericolo

Fig. 18. — Lussazione unilaterale (in I tempo).

di cadute al paziente — generalmente molto irrequieto ed... impaziente.

Trascorso questo primo tempo si rinnova la fasciatura e si modifica la posizione dell'arto portandolo in rotazione interna diminuendo l'abduzione e la flessione, ma sempre col ginocchio in flessione. Passati altri due mesi circa, secondo i casi, si rinnova ancora la fasciatura, portando l'arto in estensione ma

lasciando ancora l'abduzione; e così si lascia trascorrere altri due mesi.

In tutto questo tempo la capsula articolare si sarà raggrinzata e serrata strettamente fra capo femorale e cavità femorale.

Certi muscoli che per effetto della lussazione erano allungati ed altri accorciati, avranno subìto l'adattamento relativo alla nuova condizione anatomica, ed anzi concorreranno colla loro azione a mantenere saldamente i rapporti della nuova articolazione; e la presenza della testa del femore in cavità avrà provocato maggior

Fig. 19. — Lussazione bilaterale
(II tempo a sinistra. III tempo a destra)

sviluppo alle parti poste a mutuo contatto. Ed è qui che si rileva come non è la cavità che si scavi, ma i bordi cotiloidei che si sviluppano attorno al capo femorale. Dopo questo periodo di tempo che nell'insieme varia fra 7-8 mesi si può essere sicuri che

l'articolazione è ricostituita e può iniziare a funzionare. Faccio notare che io non permetto mai di camminare durante tutto il periodo della cura; faccio eccezione qualche volta nel 3° tempo, purchè il bambino sia munito del suo apparecchio gessato. Anche levato l'ultimo apparecchio solo dopo qualche settimana si potrà permettere al bambino di alzarsi. Dapprima sarà sorretto da gruccie, che abbandonerà presto secondo l'esercizio fatto, alternato al riposo.

Fig. 20. — Ultima posizione della cura (III) tempo).

Esaminando il bambino a quest'epoca si trova che gli arti sono egualmente lunghi, che la sporgenza del fianco è scomparsa, e che nel camminare non si nota più l'oscillazione dello zoppicamento, perchè l'arto operato trova il punto d'appoggio osseo che lo sorregge. La guarigione è ottenuta, e stabile. La radiografia ne darà la prova.

Ho tracciato così in breve il quadro della cura. Ma molte circostanze poi si presentano di caso in caso, che obbligano a

variare la posizione da darsi all'arto durante la cura, o la durata di ciascun tempo, a seconda della condizione della cavità cotiloidea, a seconda dell'età del soggetto, della sua docilità ed intelligenza ecc. ecc.

Ma unica e vera guida dell'operatore sarà il suo *tatto* e la *sua esperienza*, perchè egli deve saper leggere, per così dire, di volta in volta la posizione in cui si trova la testa del femore; seguirla nelle sue fasi e guidarla a tempo nelle varie posizioni.

Si può permettere al bambino di camminare durante la cura? Ecco una questione che è stata risolta diversamente secondo gli autori.

Non posso entrare in questo dettaglio perchè dovrei parlare troppo di tecnica. Altrove ho dimostrato che, secondo me, il far camminare il bambino coll'apparecchio gessato, c'è tutto da perdere e nulla da guadagnare. Si va incontro cioè alla possibilità della rilussazione, a cadute, e ad altre complicazioni non certo da augurarsi.

***

Riassumendo faccio osservare che tanto l'operazione come tutta la cura non esigono alcun apparato speciale. Si può praticare in qualunque casa di città e di campagna, senza essere costretti a portar fuori i bambini dalla propria abitazione. Tanto l'operazione come la cura non è mai dolorosa, nè presenta pericolo alcuno. E' tutta una questione di competenza dell'operatore e di pazienza da parte dei genitori. Ma di quest'ultima dobbiamo noi dubitare? E' vero che di solito le mamme sono impazienti: è vero che spesso arrischiano di compromettere l'andamento regolare della cura colle troppe transigenze e condiscendenze: ma io parlo alle mamme serie e ragionevoli e che abbiano completa fiducia dell'esperienza del curante.

La stagione più opportuna è la stagione invernale, unicamente perchè è meno increscioso pei bambini lo restare in casa, e più facile pei genitori la loro sorveglianza. Ma durante l'estate

i bambini possono stare in giardino, in montagna, ecc., basta non si dia occasione di rompere la fasciatura.

Praticando la radiografia ai bambini dopo la cura si ha la prova

Fig. 21 — Lussazione prima della cura (in alto).
Lussazione dopo la cura (al basso)

dell'avvenuta guarigione, come qui vedono da queste proiezioni, dove da una parte si rileva la testa del femore fuori della cavità prima della cura, e dallaltra, dopo la cura, la testa del femore rientrata nella cavità cotoloidea (fig. 21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27).

Fig. 22. — Lussazione prima della cura (in alto).
Lussazione dopo la cura (al basso)

Fig. 23. — Lussazione bilaterale prima della cura (in alto).
Lussazione bilaterale dopo la cura (al basso)

Fig. 24. — Lussazione bilaterale prima della cura (in alto)
Lussazione bilaterale dopo la cura (al basso).

Fig. 25. — Grave lussazione bilaterale prima della cura.

Fig. 26 — La stessa lussazione appena dopo l'operazione sotto apparecchio (in I. tempo).

Fig. 27. – La stessa lussazione dopo la cura.

La radiografia prima e dopo la cura dunque serve di guida, di controllo e di rassicurazione tanto pel curante come pei genitori.

Oltre alla *prova anatomica*, data dalle radiografie, si può avere la *prova funzionale* della guarigione ottenuta. E ciò mediante la cinematografia presa *prima* e *dopo* la cura (come vedremo proiettata). Il confronto è così evidente che non ha bisogno di spiegazione.

***

Che cosa avviene se la lussazione congenita non è curata a suo tempo?

Col crescere dell'età il peso del corpo aumenta e gravita sulle articolazioni e tende a spingere sempre più in alto la testa del femore, la quale non è arrestata da nessun punto osseo. Perciò la deformità diviene sempre più manifesta; e tanto più se essa è bilaterale. Nell'età più adulta la testa del femore a poco a poco prende residenza nella località anormale, alcuni muscoli si accorciano, la capsula articolare si accolla alla cavità cotiloidea, oppure si restringe nel suo tratto intermedio. Insomma si generano con-

dizioni anatomiche tali da presentare alle volte una resistenza insuperabile alla cura.

Se lo zoppicamento manifestato dal bambino all'età di due o tre anni dovesse arrestarsi a questo grado, non varrebbe la pena di occuparsene: perchè più tardi sarebbe facilmente compensato in molti modi.

Ma pur troppo ben peggior cosa è la deformità portata a 10 - 15 - 20 anni d'età. Precisamente quando non è più possibile sperare nella cura.

Chi è che non vede quindi la grave responsabilità che assumono i parenti che trascurano o si oppongono alla cura della deformità nel periodo in cui essa è possibile e facile? Perchè non si dovrebbe per legge obbligare i parenti alla cura, se l'infanzia colpita non è in grado di provvedere a sè stessa?

Si è pensato alla tutela civile del feto in grembo materno, si è pensato alla difesa del vaiolo colla vaccinazione, si è pensato all'istruzione obbligatoria, all'educazione fisica e morale; si pensa all'infanzia abbandonata, si sta provvedendo alla ricerca della paternità, si pratica per rito il battesimo o la circoncisione, ecc. ecc., perchè non deve sorgere anche *una tutela dell'infanzia per le deformità correggibili a tempo limitato*? E' un'idea che esprimo; e mi auguro venga raccolta e possa trovare appoggio dalle persone di cuore che apprezzano con intelletto d'amore la puericoltura.

Guariscono tutte le lussazioni prese in cura? No.

E ciò è naturale perchè non tutti i soggetti hanno lo stesso grado di deformità; non tutti vengono curati alla stessa età nè tutti dallo stesso operatore. Vi sono poi delle condizioni speciali dipendenti, come ho già accennato, dalla disposizione della capsula (che si restringe come una borsa da tabacco o come un cordone) per cui non è possibile far rientrare la testa del femore nella cavità. Molte altre cause possono presentarsi, (e che qui non entro ad enumerare) ora fortuite, ora dovute all'indole del bambino, ora alla mancata assistenza, ecc., ma questi casi faranno sempre eccezione.

Quando la cura è intrapresa ai due, quattro, cinque anni d'età la regola è l'esito favorevole.

Ed ora vedranno qui proiettate un bel gruppo di circa trenta bambine di varie età curate e guarite (fig. 28 e 29).

Esse sfileranno a voi davanti dimostrando l'esito felice avuto dalla cura.

Fig. 27. — Primo gruppo di bambine guarite della lussazione del femore

Fig. 29 — Secondo gruppo di bambine guarite della lussazione del femore.

Gentili Signore, Egregi Signori,

Se quanto avete visto ed udito vi ha persuasi, converrete con me come sia a deplorarsi che una simile cura, così evidente, così positiva e così innocua sia ancora relativamente poco divulgata.

Ma sarete ancor più meravigliati quando io vi dica che questa cura incontra ancora una certa difficoltà ad essere accetta al pubblico tanto profano, che medico. Così che alcuni genitori si dimostrano quasi indifferenti, o titubanti e persino contrari.

E perchè? Molte ne sono le cause.

Accennerò anzitutto al fatto che le mamme specialmente (che per le prime rilevano questa irregolare andatura nelle loro bambine) s'illudano bonariamente sperando col tempo in una guarigione spontanea; altre sperano possano essere efficaci i soliti bagni o fanghi o la cura marina (il mare, la sabbia calda!!!); oppure il riposo, o l'esercizio del camminare, od altri rimedi consigliati da empirici, che non mancano mai, come non mancano mai i suggerimenti delle domicinole.

Ed ignorando intanto che questo difetto diventa sempre più grave col crescere della bambina, si decidono spesso troppo tardi alla cura, quando cioè non si è più in tempo.

A proposito dell'influenza dei parenti, dei conoscenti, dei vicini, ecc. potrei contarne di belle, per confessioni postume delle mamme stesse. Sono lotte, discussioni fra i genitori, fra le famiglie, per decidere se si deve o no intraprendere la cura. Non parliamo poi delle nonne che di solito si mostrano più ostinate e contrarie. E non mancano quelle che dicono perfino che dopo la cura le bambine sono peggio di prima; perchè i difetti di nascita non si devono toccare!

Come potete immaginare tutto ciò non è effetto che di mancanza di conoscenza dell'argomento, o di superstizione o pregiudizio.

Ma io vorrei far ripercuotere a questi dubbiosi, a questi increduli, la triste eco dei rimpianti di molte madri, per il tempo perduto, quando vengono a chiedere la cura della loro bambina ad un'età troppo adulta! Rimpianti che vorrei potessero servire

di monito severo e benefico a quei genitori che avessero la sfortuna od anche il dubbio di avere bambini in queste condizioni; e si trovano ancora in tempo a ripararvi.

***

A molte mamme fa impressione la durata della cura; perchè istintivamente ed impazientemente si vorrebbe vedere l'esito quasi immediato dopo l'operazione. E perchè molti genitori, per malintesa tenerezza verso i loro bambini, non hanno il coraggio di rinunciare per un certo tempo alla loro consueta gaiezza e vivacità festevole; pur sapendo che questa rinuncia è tutta dedicata al loro bene avvenire.

Ma a proposito del tempo necessario alla guarigione io credo che sia tutta una questione d'abitudine e di riflessione. Infatti ad una mamma che si meravigliava appunto della lunghezza della cura alla quale non pareva vero doversi adattare, feci riflettere che ella stessa per raggiungere la soave compiacenza della maternità dovette attendere ben nove mesi; e nessuno ha protestato! Che per allattare la propria bambina impiegò un anno e più, portandola e riportandola amorevolmente dalla culla alle braccia, al seno, colla più grande pazienza o compiacenza.

Ed ora che le si domandava sette od otto mesi per rimediare ad un difetto che altrimenti la bambina avrebbe dovuto portare per tutta la vita, doveva ella lesinare al medico il tempo necessario? La riflessione fu efficace e la guarigione seguì con esito felicissimo.

***

Altri genitori non avendo un'idea chiara dell'operazione, temono qualche pericolo o complicazione immediata o consecutiva.

Altri temono gli effetti della narcosi; oppure il deperimento della bambina, ecc. Ma tutto ciò è rassicurato dall'esperienza che non vi è nulla da temere; anzi molte bambine durante la cura ingrassano.

***

Molti infine avendo visto qualche caso non felicemente riuscito a guarigione, rimangono titubanti e temono eguale insuccesso, senza riflettere che con tutti i soggetti sono eguali, che non tutte le deformità sono dello stesso grado; che non tutti i bambini vengono curati alla stessa età, nello stesso ambiente, nè dallo stesso operatore.

Bisogna pensare invece che è già molto confortante pei bambini dei giorni nostri che esista oggi la possibilità di una guarigione ed anche di una guarigione perfetta. La quale sarà naturalmente più probabile e più sicura in ragione delle favorevoli condizioni anatomiche del soggetto, in ragione della cura precocemente iniziata, e della mano esperta che l'avrà istituita e condotta a termine.

Ma se anche qualche caso di cura fallisse, che cosa perde il soggetto? Nulla. Tutt'al più resta quello che era prima. Non tutte le cure possono avere questo confronto. Mentre non è giusto pretendere una specie di infallibilità solamente per la cura della lussazione congenita.

***

Risulta però anche dall'esperienza giornaliera che la deformità più spesso vien riconosciuta un po' tardi dalla famiglia, a cagione che questo zoppicamento o dondolamento ad anitra vien confuso, come dissi, con altre condizioni d'indole generale, tutte proprie dell'infanzia; cioè col rachitismo, colla debolezza, colla cattiva abitudine od indolenza, ecc.

Ed a questo proposito accennerò (senza intenzione di offendere la suscettibilità dei colleghi eventualmente qui presenti) che allo scetticismo del pubblico intorno a questa cura non fu estranea del tutto anche l'influenza del medico. Ho potuto constatare più volte, ed ancora oggi non di rado, che alcuni medici non abbastanza edotti dell'argomento, trattandosi di materia tutta speciale, non sanno sempre riconoscere precocemente questa deformità. Altri poi non avendo avuta occasione di vedere risultati positivi di guarigione rimangono ancora oggi non completamente convinti intorno all'efficacia della cura moderna. Cosicchè per l'una o per l'altra di queste ragioni non possono essere buoni consiglieri

presso i loro clienti e, tanto meno divulgatori di questa nuova risorsa ortopedica.

***

Per queste svariate cause che sono andato esponendo, il trattamento della lussazione congenita del femore sembra si trovi secondo me, ancora in un periodo direi quasi di novità per rispetto al pubblico profano.

Io non dubito tuttavia che questa non sarà che una fase transitoria perchè le verità scientifiche s'impongono sempre col tempo. Ad ogni modo io credo che chiunque si trovi in grado di contribuire, colla propria esperienza, in favore di questo argomento, ha l'*obbligo morale* di farlo conoscere al pubblico; nell'intento di dissipare l'ignoranza, le diffidenze, le ritrosie ed i pregiudizi che tutt'ora si parano innanzi ritardando l'estrinsecazione pratica e benefica di questo importante progresso della moderna Ortopedia.

E ciò è tanto più urgente in ragione del gran numero che noi riscontriamo di bambine affette da lussazione congenita del femore; ed altrettanto urgente perchè, come sappiamo, questa cura deve essere intrapresa solamente nell'età infantile.

***

Ma intanto per riuscire più sollecitamente allo scopo è necessario anzitutto far riflettere le mamme che lo zoppicamento della lussazione, quantunque si inizi sempre in grado leggero, diventa sempre più grave col crescere dell'età, fino ad essere incurabile nell'età adulta. Sarà molto imprudente e pericoloso quindi illudersi in una possibile guarigione spontanea senza il soccorso dell'arte.

Bisognerà ben rassicurare queste buone mamme, per quanto giustamente pietose verso le proprie bambine, che questa manualità operatoria, come tutta la cura, sono scevri da qualsiasi pericolo, come da qualsiasi sofferenza; quindi non c'è ragione di apprensione.

E che per ottenere risultati sicuri, è indispensabile iniziare la cura molto precocemente, e cioè dai 2, 3, 4 anni d'età; rifletten-

do che ogni anno che passa, si diminuisce la facilità della cura e perciò anche la probabilità di una buona guarigione. E per molte bambine già un po' adulte (specialmente se sono colpite d'ambo i lati, ogni anno che passa può venire loro a mancare per sempre la possibilità della guarigione.

*
**

Rammentino i genitori dell'obbligo morale che hanno verso i loro figli, cioè di provvedere alla loro cura nel periodo in cui questi teneri esseri non possono provvedere da sè stessi.

Altrimenti come potranno i genitori giustificare presso i propri figli fatti adulti (quando cioè essi comprenderanno la disgrazia di cui sono affetti), sapendo che avrebbero potuto, senza pericolo, essere guariti?

Riflettono in fine tutti i genitori, *sieno ricchi o poveri*, che una loro figliuola a 20 anni, bella e sana, ma con una lussazione bilaterale del femore e con andatura sconcia sarà qualche cosa di penoso a vedersi, che ispirerà il compianto di tutti; e sarà molto difficile collocarla. E se maritata potrebbe anche avere dei guai all'epoca del parto; per le alterazioni che si ingenerano, nelle ossa del bacino.

Mentre questa deformità, concludo, per vigilanza e volontà delle madri specialmente, è destinata a scomparire dalla società, precisamente dal giorno in cui la scienza è riuscita a renderne possibile la guarigione.

*
**

Riassumendo, anche a costo di ripetermi, posso decisamente dichiarare:

I. Che la lussazione congenita del femore, unilaterale o bilaterale, nel maggior numero dei casi è guaribile anche in modo perfetto, per mezzo della cura moderna col processo incruento italiano.

II. L'esito felice sarà tanto più possibile, probabile, e sicuro quanto più precocemente i bambini verranno sottoposti alla cura.

III. L'età più favorevole decorre dai 2 - 4 anni. Dai 4, 6, 8 è pure possibile in modo soddisfacente.

Dai *nove anni* in avanti diviene un po' meno facile di esito buono; tanto meno poi se l'affezione è bilaterale.

IV. L'operazione, come tutta la cura, può essere praticata a *domicilio* delle famiglie, sia di città come di campagna, nel delicato segreto domestico senza alcun disturbo, senza bisogno di assistenza o preparativi speciali, nè bisogno di ricorrere alle Case di salute o agli Istituti.

Un semplice tavolo, una bacinella d'acqua calda, della biancheria comune, delle bende gessate, ecc. formano il corredo necessario e sufficiente per l'operazione e per tutta la cura.

V. Essa dura in media dai sei agli otto mesi. Ma gli operati non sono obbligati al letto. Essi possono alzarsi a sedere il giorno stesso dell'operazione. Possono poi essere portati in carrozzella, in giardino, in campagna.

VI Le radiografie prima della cura e dopo la cura daranno la prova ai genitori ed al Curante dell'esito ottenuto.

*
**

Ho finito!

Ed era tempo di non abusare della vostra cortese pazienza e benevole attenzione.

Ma prima di prendere commiato permettete, distinte signore ed egregi signori, che io col cuore di affezionato amico ed ammiratore, richiami ancora una volta alla vostra memoria il nome del nostro illustre maestro italiano, al lavoro del quale dobbiamo tanto, e vorrei dire tutto, se *la cura incruenta* della lussazione congenita del femore esiste e se ha già portato tanto beneficio agli sventurati bambini dei tempi nostri.

Richiamo alla vostra memoria il nome del Prof. Agostino Paci di Pisa troppo presto mancato alla scienza ed alla patria. Il primo che iniziò gli studi per la cura incruenta di questa deformità e ne raggiunse l'esito felice.

Non è possibile toccare questo argomento senza rivolgere un pensiero di riconoscenza a questo infaticabile operaio della

scienza e della beneficenza, che ha onorata la chirurgia e l'ortopedia italiana.

Permettete in fine di rilevare quanta speciale riconoscenza debbano e dovranno i bambini della nostra e delle venture generazioni dal giorno in cui si è potuto cancellare dal triste elenco delle deformità permanenti, anche la *lussazione congenita del femore* per l'opera intelligente ed indefessa di un illustre italiano!

Ed io sarò pago se colla pochezza del mio dire in questa riunione, e con alcuni esempi presentati, avrò contribuito, anche indirettamente, a salvare qualche bambina di più che ignora ancora il *pericolo che la sovrasta*.

PER LE MAMME

La **lussazione congenita del femore** è uno zoppicamento molto frequente nelle bambine specialmente, ed aumenta col crescere dell'età.

Questo zoppicamento è inguaribile se non viene curato al più presto mediante il **metodo incruento italiano.**

L'età più opportuna per la cura è dai 2-5-7 anni. Più tardi diminuisce in proporzione la probabilità di guarigione; tanto che dopo i dodici anni è quasi impossibile.

La cura non è nè dolorosa, nè pericolosa, e si può eseguire completamente in casa propria.

Dopo una esperienza di oltre 300 cure ottenute con esiti la maggior parte felici, posso dare discreto affidamento di buon successo.

Dott. EGIDIO SECCHI

Chirurgo Primario dell'Ospedale Maggiore di Milano (comparto bambini)

CONSULTAZIONI:

in MILANO .. Via Brera 21 .. dalle 14-16 .. Telefono 27-94

in GENOVA .. Hôtel moderne .. Via XX Settembre dalle 14-15, il 1.° e 15 d'ogni mese

CONSULTI ED OPERAZIONI

PER

MALATTIE CHIRURGICHE ed ORTOPEDICHE

Dott. EGIDIO SECCHI

Chirurgo Primario dell'Ospedale Maggiore (comparto dei bambini)

MILANO — Via Brera 21 dalle 14-16 — Telefono 27-94
GENOVA — Hôtel Moderne — Via XX Settembre
dalle 14-15 — il 1. e 15 d'ogni mese

Cura della tubercolosi ossea ed articolare (senza operazione)

Cura delle deformità di nascita e rachitismo nei bambini .. ..

Cura moderna incruenta della lussazione congenita del femore, a domicilio (Esperienza di oltre 300 lussazioni operate con felici risultati .. ..

Cure gratuite pei poveri dell'Ospedale Maggiore di Milano
Padiglione Beretta - Chirurgia

Consultazioni gratuite pei poveri inviati da Colleghi
dalle 12,30-14 - Via Brera 21